



BIOSENSOR PARA DIABETES GESTACIONAL - PRODIABA

Fecha:

Lugar de atención:

Municipio:

Región Sanitaria:

Datos profesional de salud

Apellido:

Nombre:

Matrícula:

Teléfono de contacto:

Datos del paciente

Apellido:

Nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Teléfono de contacto:

Dirección:

N°:

Municipio:

Entre calles:

Información médica

Número de gesta:

Fecha de diagnóstico:

Fecha de pedido:

Evolución de tratamiento:

(marcar con una X la opción que corresponda)

☐

Tratamiento con insulina

☐

Tratamiento higienico/dietético

Fecha de parto:

Estado del tratamiento después de 6 semanas del parto:

(marcar con una X la opción que corresponda)

☐

Alta

☐

Continúa con medicación vía oral

☐

Continúa con insulina

Firma y Sello